



GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

NIT: 900795746 - 1

Correos Quibdó: Ordenesgolden@hotmail.com.co, Contabilidadgso@hotmail.com.co - Celular: 3218675199

Correos Urabá: goldenservicessuraba@gmail.com Celular: 3226814155

www.goldenservices.com.co



Nº 6.710

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

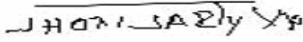
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS PARA CONDUCCION			
16 DÍA	05 MES	2024 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
TRANSPORTE PROGRESO DEL CHOCO LTDA			TRANSPORTE PROGRESO DEL CHOCO LTDA			
Nombre de la empresa			Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjeria, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
VACA MOSQUERA JHON JARLEY			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	45 AÑOS 10 MESES 26 DÍAS	CC	11706206
Teléfonos			Teléfonos		Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA						
Observaciones: NO APLICA						
APTO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS						SI
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		GLICEMIA		✓		
AUDIOMETRIA		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		✓		
COLESTEROL		DROGAS ABUSO		✓		
TRIGLICERIDOS		VISIOMETRIA		✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS : POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN POR IMC 44.44				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
				HACER DEPORTE		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
PAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS. UTILIZAR PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO SILICONA EN AMBIENTES RUIDOSOS TANTO LABORALES COMO POR FUERA DEL TRABAJO. SELECCIONAR LA PROTECCIÓN RESPIRATORIA ADECUADA TENIENDO EN CUENTA NIVEL DE EXPOSICIÓN, CONDICIONES DEL TRABAJADOR Y TIPO DE TRABAJO. NO DEBE MOVILIZAR CARGAS DESDE EL PISO SUPERIORES A 25 KG SOBRE HOMBROS O ESPALDA. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN MANEJO DEFENSIVO Y SEGURO. SE RECOMIENDA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DEFINIDAS EN EL PROGRAMA DE LA PREVENCIÓN AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. NO CONSUMIR MEDICAMENTOS ATIGRIPALES O ANTIHISTAMINICOS 12 HORAS ANTES DE UN VIAJE.						
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>						

Médico**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: GOMEZ PALACIOS YANINSON SCOOT

R. M.: 270029 L.S.O.: 5626



Firma:

Nombre: VACA MOSQUERA JHON JARLEY

CC: 11706206